

# 台中市立老人復健綜合醫院(委託中國醫藥大學興建經營)

## 病歷資料複製申請單暨委託書

☐現場申請 ☐網路申請

|  |   |  |  |   |     |           |       |  |
|--|---|--|--|---|-----|-----------|-------|--|
| 姓 名  |   |  | 身分證字號  |   |     | 病歷號碼      |       |  |
| 出生日期   |   |  | 聯絡電話   |   |     | 申請日期      | 年 月 日 |  |
| 應附證明文件   | *為保護病人隱私，申請病歷資料複製，請備妥相關文件*  |  |  |   |     |           |       |  |
|  | 本人申請  | 身分證正本  |  |   |     |           |       |  |
|  | 代理人申請   | 病人身分證正本、代理人身分證正本及病人之委託同意書  |  |   |     |           |       |  |
|  | 未成年人資料之申請   | 1. 法定代理人請攜：身分證正本、法定代理人與病人之關係證明文件(戶口名簿正本或病人身分證件正本)。<br>2. 非法定代理人申請，須備齊上述資料及法定代理人委託同意書、受託人身分證正本。   |  |   |     |           |       |  |
|  | 往生者資料申請   | 1. 繼承權者攜身分證件正本、與病人之關係證明文件(戶口名簿或病人身分證件正本)及病人除戶證明。<br>2. 如由代理人申請，需備齊上述資料、委託同意書及代理人身分證正本。   |  |   |     |           |       |  |
| 說明   | 一、申請全本病歷或多科診斷書者，於7個工作天內接到本院通知後至立夫醫療大樓門診掛號批價櫃台取件。<br>二、因個人資料保護法，需檢核證件正本資料，「網路申請者恕不適用郵寄服務」敬請見諒。<br>三、申請資料保存期限：病歷資料於通知取件後，保留一個月，超過期限請重新申請。   |  |  |   |     |           |       |  |
| 申請用途   |   |  | <input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 申請補助 <input type="checkbox"/> 其他_____ |   |     |           |       |  |
| 申請內容   |   |  | 收費說明   |   | 張數  | 申請複印範圍及日期 |       |  |
| <input type="checkbox"/> 門診紀錄 <input type="checkbox"/> 急診紀錄<br><input type="checkbox"/> 住院紀錄 <input type="checkbox"/> 病歷摘要 <input type="checkbox"/> 護理紀錄<br><input type="checkbox"/> 病理【切片】報告<br><input type="checkbox"/> 檢驗【檢查】報告<br><input type="checkbox"/> 手術紀錄<br><input type="checkbox"/> 中文病歷摘要 |   |  | 申請複製病歷資料須繳交「病歷複製基本費」200元/10張，第11張起每增加一張加5元；彩色報告列印一張40元<br><br>每科每份650元，14個工作天  |   |     |           |       |  |
| 醫療影像光碟   | <input type="checkbox"/> 電腦斷層(CT) <input type="checkbox"/> 胃鏡<br><input type="checkbox"/> 核磁共振(MRI) <input type="checkbox"/> 腸鏡<br><input type="checkbox"/> X光(X-ray)<br><input type="checkbox"/> 超音波(SONO)<br><input type="checkbox"/> 心導管(CATH) |  | 光碟片單項檢查200元，每增加一項增加50元，七項以上檢查為500元，超過一片光碟，每片加收100元   |   |     |           |       |  |
|  | <input type="checkbox"/> 其他(請說明：_____ )   |  |  |   |     |           |       |  |
|  | <input type="checkbox"/> 限掛郵件費用 50 元/件 <input type="checkbox"/> 快捷郵件費用 120 元/件 <input type="checkbox"/> 未付費 <input type="checkbox"/> 已付費  |  |  |   |     |           |       |  |
|  | 總金額   |  |  | 元 | 經辦人 |           |       |  |
|  | 委託書   | 立委託書人_____君，因故無法親自到院辦理申請或領取病歷資料，特委託_____君(與本人關係：_____)代為向 貴院申辦。<br>委託人/受託人謹聲明本次委託申請/領取屬實，如有不實或受託人有逾越授權申請之範圍，或將申請之資料作為他用時，概由委託人與受託人依法負責，與 貴院無涉。<br>受託人同意留存身分證文件影本為憑。<br>委託人姓名：_____ (簽章) 受託人姓名：_____ (簽章)<br>※病人本人親自申辦者，不需填寫委託書。授權日期：_____年____月____日 |  |   |     |           |       |  |
| 本人僅此聲明本次申請/委託申請屬實，爾後如有不實作為而衍生之違法情事，本人願負完全法律責任，絕無異議，另同意留存身分證證明文件影本為憑。   |   |  |  |   |     |           |       |  |
| 此致 台中市立老人復健綜合醫院(委託中國醫藥大學興建經營)  |   |  |  |   |     |           |       |  |
| 領取日期：_____年____月____日 領取人：_____ (簽章)   |   |  |  |   |     |           |       |  |